CONSIDÉRATIONS

N° 59.

SUR

LA PÉRITONITE

DANS SON ÉTAT AIGU ET CHRONIQUE;

DISSERTATION

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 mars 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR THIMOTÉE ALLARD, de l'île Maurice,

Bachelier ès-lettres; Bachelier ès-sciences de l'université de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON, *Président.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe, *Suppléant.*
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubby.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur.*	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Respect et amour.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

Union et amitié.

A MONSIEUR ET A MADAME DRAPPIER.

Comme faible témoignage de reconnaissance, pour l'estime dont ils veulent bien m'honorer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORIN.

Gratitude.

T. ALLARD.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/considerationssu0002vari_v9n8

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PÉRITONITE

DANS SON ÉTAT AIGU ET CHRONIQUE.

De la péritonite en général.

Si l'on en juge d'après les observations faites tout récemment en anatomie pathologique, et surtout d'après la progression des connaissances acquises au moyen de l'anatomie considérée d'une manière générale, la péritonite doit être particulièrement désignée comme une des maladies les plus graves qui puisse affliger l'espèce humaine.

Cette espèce de phlegmasie doit par conséquent d'autant plus fixer l'attention du médecin, que la plus grande partie des auteurs qui ont traité de cette maladie l'ont presque tous considérée sous des rapports tout à fait différens; plusieurs d'entr'eux ont même développé sur son origine et sa manière d'exister des opinions qu'on pourrait regarder, sinon comme fausses, au moins comme peu conformes à toutes les connaissances acquises depuis peu de temps.

Enfin, si dans leur manière de voir ils ne sont pas tous d'accord avec les écrivains modernes, il faut encore moins l'attribuer à leur manque d'attention à observer tous les symptômes qui peuvent caractériser une affection morbide quelle qu'elle soit, qu'à l'état peu avancé où se trouvaient alors l'anatomie pathologique et la médecine.

On pourrait donc assurer maintenant que la péritonite, comme toutes les autres phlegmasies qui servent quelquefois à la compliquer en se développant sur les organes contenus dans l'abdomen, est une de ces maladies qui ont acquis un assez haut degré de certitude en médecine pour assurer qu'elle est parfaitement connue, ne fut-ce que depuis une époque très-peu reculée. La plupart des symptômes de cette affection ne sont point échappés à *Hippocrate*, qui en donne plusieurs observations; cependant il la regarde comme une inflammation de l'utérus produite par un accouchement laborieux ou la suppression des lochies; sentiment qui fut partagé par un grand nombre de médecins, tant anciens que modernes, car *Lamotte* dit « que « toutes les fois que les vidanges s'arrêtent tout à coup, il se mani- « feste vers le bas-ventre un reflux d'humeur qui donne lieu à la « douleur, à la tension, à la fièvre et à la mort.

D'après *Bosquillon*, cette maladie n'est qu'une inflammation de l'utérus, produite par de mauvaises manœuvres exercées dans l'accouchement. *Willis*, qui écrivait dans le dix-septième siècle, a envisagé cette maladie comme une affection particulière aux femmes récemment accouchées, il la décrivit même assez généralement sous la dénomination peu précise de *fièvre puerpérale*.

Parmi tous les auteurs qui en ont parlé il y a une grande diversité d'opinions; quelques-uns, remarquant que la suppression des lochies survenait dès les premières atteintes de cette phlegmasie, regardèrent comme causes les désordres qui se manifestaient; d'autres, observant que dans cette maladie la suppression du lait avait presque constamment lieu, tandis que les lochies continuaient de fluer, ont dit qu'elle était produite par la métastase laiteuse. *Doublet* embrasse

cette dernière opinion, et pour lui donner plus de prépondérance, il la fonde sur une disposition lymphatique des femmes nouvellement accouchées, sur la suppression de la sécrétion laiteuse pendant la maladie, sur le retour de cette liqueur aux mamelles lorsqu'elle se termine d'une manière favorable, et surtout sur la couleur du fluide épanché dans la cavité abdominale des femmes mortes de cette phlegmasie.

Quelques auteurs, tels qu'*Amilton*, *Selle*, etc., veulent que ce soit une fièvre ataxique; d'autres, la confondant avec plusieurs affections du même genre, l'ont désignée sous les noms de *gastrite*, *cystite*, *entérite*, etc., suivant que la phlegmasie siégeait dans la portion du péritoine qui tapisse l'estomac, la vessie, les intestins, etc. Tout en s'appuyant sur un grand nombre d'observations prises dans le moment d'une constitution bilieuse, *Doulcet* et *Stoll* prétendirent que cette affection était essentiellement bilieuse. *Tissot* et autres la rapportent à une dégénérescence des humeurs, et lui trouvent de l'analogie avec la fièvre adynamique.

Dans l'état actuel de la science, il ne reste donc plus de doute sur la nature et le siége de la péritonite, on sait aussi qu'elle peut attaquer l'un et l'autre sexe, en admettant néanmoins que les circonstances critiques ou défavorables, dans lesquelles se trouvent les femmes après l'accouchement, tout en favorisant beaucoup son invasion, en augmentent extrêmement le danger.

Jonhson, en 1799, *Walter*, en 1785, avaient déjà entrevu le siége précis et le véritable caractère de cette maladie; ensuite, l'auteur de la Nosographie philosophique (le professeur *Pinel*) le confirma, et il fut mis hors de doute par *Bichat* qui, en fixant l'attention des praticiens sur les différens systèmes d'organes, a démontré combien il était essentiel d'en étudier isolément les diverses affections morbides. M. *Broussais* a aussi fait connaître quelques nuances de l'état aigu, et c'est surtout par ses observations qu'il a répandu un grand jour sur son état chronique. (Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques, tom. III, p. 322 et suiv.)

Définition.

Sous le nom de *péritonite*, on entend l'inflammation générale ou partielle de la membrane séreuse qui tapisse les parois de la cavité abdominale, et qui enveloppe extérieurement la plupart des viscères qui y sont contenus. Cette maladie porte encore le nom d'*inflammation de bas-ventre.*

Les *causes prédisposantes* sont : l'âge adulte, la variété des saisons ; le tempérament sanguin, nerveux et très-irritable ; l'habitation des lieux bas et humides, les phlegmasies antérieures des viscères de l'abdomen, les compressions habituelles sur cette cavité ; les excès de table, surtout l'abus des liqueurs spiritueuses ; les vomitifs, les purgatifs drastiques, une nourriture de mauvaise qualité continuée pendant quelque temps ; la suppression des évacuations, tant naturelles qu'artificielles ; la répercussion d'une éruption cutanée, d'un exutoire, d'un rhumatisme ; les marches forcées, l'équitation long-temps continuée ; les passions violentes, la colère, la jalousie, une extrême sensibilité individuelle, la morosité, la tristesse.

Les *causes occasionnelles* sont : l'immersion dans l'eau froide, après s'être échauffé par un exercice violent ; l'ingestion de boissons à la glace lorsque l'on a bien chaud ; le refroidissement et l'humidité des pieds, trop long-temps continués ; la conservation de vêtemens mouillés, les vicissitudes atmosphériques, les commotions, les contusions, les chûtes, les coups sur l'abdomen ; les épanchemens dans son intérieur, soit de sang, de bile, d'urine, de matières stercorales, par suite de plaies pénétrantes ; les efforts du vomissement, l'étranglement d'une hernie, une gastrite ou une entérite partielle.

Je crois devoir indiquer ici les causes susceptibles de développer ou exciter la péritonite qui survient à la suite des couches, puisqu'elle est la plus fréquente et même la plus dangereuse. Celles qu'on a désignées comme les plus ordinaires sont : les écarts de régime, une consitution pléthorique, une excessive sensibilité de l'utérus, les chagrins do-

mestiques ; après l'accouchement, un travail long et pénible ; la lésion de l'utérus par suite de manœuvres imprudentes ; pendant l'accouchement, l'injection de liqueurs astringentes dans la vulve, l'application des fomentations froides sur l'abdomen ; les grandes émotions, le contentement, de même que les contrariétés ou les affections morales tristes ; l'empressement inconsidéré des parens et amis à visiter l'accouchée, le relâchement dans la diète à observer, etc. Dans tous les lieux où les femmes en couches sont en grand nombre, on a remarqué que l'air corrompu y rendait la péritonite puerpérale endémique.

L'*invasion* de la péritonite a lieu le plus souvent par un malaise général, par un frisson suivi d'une chaleur irrégulière, par des coliques légères et par une douleur fixe dans l'abdomen. Quelquefois son invasion est brusque ; alors les plus légers symptômes sont bientôt suivis de tout ce qu'il peut y avoir d'alarmant ; quelquefois encore celle des femmes en couches se déclare peu d'heures après l'accouchement ; mais aussi le plus souvent elle ne commence qu'après le deuxième et même le quatrième jour, rarement passé le douzième : je l'ai cependant vu survenir au dix-huitième.

Les *symptômes locaux* sont des douleurs générales ou fixées sur un seul point de l'abdomen, soit que la phlegmasie embrasse la totalité du péritoine ou qu'elle soit bornée à une seule partie de cette membrane. Lorsque la péritonite est partielle, le siége de la douleur existe tantôt à l'un des hypochondres, tantôt à l'épigastre, et souvent à l'ombilic. Chez les femmes en couches, c'est principalement à l'hypogastre qu'elle se fait sentir. En palpant, on distingue assez bien le siége de l'inflammation par la rénitence et la douleur que cause la pression de la main. Les douleurs caractéristiques de cette maladie sont aiguës, lancinantes ; tantôt c'est un sentiment de torsion, tantôt celui d'une chaleur brûlante que la moindre pression augmente : c'est au point que le seul poids des couvertures et des topiques les plus légers ne peut pas être supporté.

Au début de la maladie, il se manifeste des nausées, des vomisse-

mens, souvent le hoquet ; il y a diarrhée ou constipation opiniâtre ; bientôt l'abdomen se ballonne, se météorise, et l'on remarque une tumeur oblongue, dure, rénitente, qui correspond aux circonvolutions des intestins ; il y a fluctuation ; le météorisme n'existe pas constamment. M. *Broussais* (ouvrage déjà cité) dit que dans plusieurs cas l'abdomen est déprimé : deux seules observations sont à l'appui de son assertion. Il faut croire que cette disposition est fort rare, puisque, quoiqu'ayant observé un grand nombre de péritonites, je ne l'ai jamais rencontrée. La prostration des forces musculaires est souvent très-grande ; le coucher est toujours en supination, autrement il est impossible : cependant la douleur n'est pas toujours aussi vive que nous l'avons indiqué plus haut : chez quelques sujets elle est même légère, fugace, obtuse ; on pourrait même assurer qu'elle est subordonnée à l'intensité de la phlogose péritonéale, à ses causes, à l'irritabilité et à la sensibilité individuelle.

Des symptômes sympathiques.

Digestion. Langue recouverte d'un enduit blanchâtre plus ou moins sec ; rougeur sur ses bord, quelquefois même dans toute sa largeur, correspondant toujours à l'état de l'organe gastrique ; la soif est toujours ardente ; mais si le malade cherche à la satisfaire, le vomissement survient de suite, probablement à cause de la difficulté que l'estomac éprouve pour se dilater, ou, mieux encore, à cause de son irritabilité. La constipation est d'ordinaire très-opiniâtre.

Respiration. Elle est courte, fréquente, costale, accompagnée de hoquets lorsque la portion diaphragmatique du péritoine est phlogosée. Souvent il existe une petite toux sèche qui, quoique rare, est extrêmement douloureuse : la voix est faible.

Circulation. Pouls petit, serré, concentré ; dans quelques occasions on remarque qu'il est comme enchaîné, si l'on peut admettre l'expression ; qu'il devient même si petit et si fréquent, qu'on peut à peine

compter ses pulsations. Cet effet ne peut être attribué qu'à l'intensité de la phlogose et à la violence de la douleur.

Sécrétions et excrétions. La transpiration est supprimée; néanmoins la face est assez souvent recouverte de sueur froide; les larmes deviennent plus abondantes; les urines, rougeâtres, rendues avec cuisson et chaleur douloureuse, sont rares; il y a quelquefois une grande sécrétion de bile. Lorsque la phlegmasie occupe la membrane muqueuse des intestins, il y a diarrhée; dans le cas contraire, constipation opiniâtre, comme je l'ai déjà énoncé.

La suppression de la sécrétion du lait amène l'affaissement des mammelles chez les femmes nouvellement accouchées. Cependant, malgré l'opinion de quelques auteurs, je ne considère pas comme pathognomoniques ces symptômes assez constans dans la péritonite puerpérale, puisqu'on les observe dans des maladies autres que celle-ci.

Habitude extérieure. Quelquefois le visage est rouge et animé, la peau chaude; d'autres fois la face est abattue (grippée); le plus souvent pâle, froide, ainsi que toute la surface de la peau : les traits sont décomposés, tirés vers le front.

Fonctions de relation. Les yeux perdent de leur brillant et semblent couverts d'un nuage; parfois le regard est fixe et hardi; il y a agitation, mouvemens brusques, insomnies, délire.

Ces symptômes sont ceux que l'on remarque le plus souvent dans la péritonite; mais, pris isolément, ils sont insuffisans pour la caractériser. Aussi, nous dit Hippocrate : *Non ex uno signo, sed ex consensu omnium.*

Marche de la péritonite.

Plus les symptômes de cette inflammation seront intenses, plus sa progression sera rapide; les sujets qui en sont atteints meurent quelquefois dans moins de trente-six heures. Elle se prolonge, dans quel-

ques circonstances, au-delà de quatorze jours ; mais sa durée ordinaire est de cinq à six jours.

Comme toutes les autres phlegmasies, la péritonite peut se terminer par *résolution*, *suppuration*, *gangrène*, *hémorrhagie*, *chronicité*, *hydropisie*, enfin par *la mort*.

Par résolution. Le médecin doit toujours tendre tous ses efforts vers ce mode de terminaison, qui est la plus heureuse. Elle a lieu ordinairement du troisième au quatrième ou cinquième jour, par la cessation progressive de tous les symptômes que nous avons énumérés plus haut.

Par suppuration. Il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer dans le principe la formation du pus. Cette terminaison est presque toujours funeste. Si, vers le huitième ou le dixième jour, on remarque que le bas-ventre est moins douloureux, moins tendu ; que le pouls est mou, fréquent et petit ; qu'il y a des frissons irréguliers, refroidissement des extrémités, pesanteur dans l'abdomen, cessation du lait et des lochies, on doit présumer qu'il y a formation du pus. Si la fluctuation se manifeste, s'il survient des dépôts aux environs des parois abdominales, alors la suppuration est évidente.

Quoique quelques auteurs aient regardé ces épanchemens comme mortels, et l'on ne peut effectivement se dissimuler qu'ils sont très-dangereux, on en voit cependant qui sont aussi susceptibles de guérison. Conjointement avec M. le docteur *Morin*, nous avons, dans un cas de ce genre, pratiqué la paracenthèse sur un homme de trente-six ans, et notre tentative fut couronnée de succès. D'ailleurs, *Van-Swiéten*, *Puzos*, etc., prouvent par des observations qu'on peut obtenir la guérison d'une collection de pus ayant son siége dans l'abdomen, soit qu'elle s'ouvre spontanément à l'extérieur, qu'elle se termine par une ouverture dans le canal intestinal, ou qu'on ait recours à la parencenthèse. Ne serait-on pas trop timide dans l'emploi de ce dernier moyen de curation ?

Par gangrène. Cette terminaison s'annonce par la cessation subite des douleurs, par l'affaissement du ventre, la petitesse et l'irrégularité du pouls, le froid des extrémités, la pâleur et l'altération de la face, la prostration des forces vitales, les déjections très-fétides et involontaires, enfin la mort, qui arrive avec une excessive promptitude.

Par hémorrhagie. Plus rare que la précédente, mais aussi funeste, ses caractères particuliers sont des douleurs vives, une agitation extrême, des intervalles de calme avec indices d'hémorrhagie interne, tels que lipothymies fréquentes, pâleur et décomposition de la face, petitesse du pouls, froid des extrémités. Cette terminaison a lieu chez les individus pléthoriques, sujets aux hémorrhagies, doués d'une grande sensibilité.

Par chronicité. (Voir à la description de la péritonite chronique faite à la fin de cette dissertation.)

Par hydropisie. Elle arrive quelquefois à la suite de la péritonite aiguë, mais bien plus souvent elle est consécutive de la péritonite chronique. On la reconnaîtra à ses signes, qui sont les mêmes que ceux de l'ascite.

Par la mort. Cette terminaison a lieu lorsque l'inflammation est portée à un très-haut degré.

Complications.

Ne pouvant examiner chacune des nombreuses complications de la péritonite en particulier, je ne m'occuperai que des principales. A l'article diagnostic, je donnerai les moyens à l'aide desquels on peut distinguer les affections qui pourraient en imposer pour celle dont il est ici question. Ainsi la péritonite se complique le plus souvent avec les phlegmasies de toutes les autres membranes séreuses, telles que l'arachnitis, la péricardite, mais le plus communément avec la pleu-

résie. Un esprit attentif reconnaît ces affections concomitantes avec la phlogose péritonéale. Le délire et autres symptômes nerveux appartenant à l'arachnitis pourraient momentanément masquer l'existence de la péritonite ; le médecin devra donc, dans ces circonstances, redoubler d'attention. La coïncidence de l'inflammation de la plèvre sera reconnue par la dyspnée, la toux sèche, la douleur intercostale, le son obtus, et les signes que fournit l'auscultation, lesquels varient selon l'époque de la maladie à laquelle on met en usage ce dernier moyen d'investigation.

La membrane muqueuse de l'estomac et des intestins est, de tous les organes contenus dans l'abdomen, celui qui est le plus souvent affecté avec la péritonite. La première de ces complications est difficile à bien distinguer, parce que la plupart des symptômes de ces deux affections se confondent. Ainsi il y a nausées, vomissemens, appétence pour les boissons fraîches, appartenant autant à la péritonite qu'à la gastrite ; mais la chaleur âcre, la couleur terreuse de la peau, la sécheresse, la rougeur de la langue sur ses bords, l'état de stupidité, la prostration des forces beaucoup plus marquée, annoncent la coïncidence de cette lésion. La phlogose de la membrane muqueuse des gros intestins est reconnue par la diarrhée, qui n'a pas lieu dans la péritonite aiguë.

L'inflammation du péritoine peut encore exister avec la cystite, la métrite, l'hépatite, etc. ; mais je fais ici abstraction de tous les détails qu'exigeraient ces différentes complications, me réservant de les faire connaître verbalement, si mes juges le désirent.

Diagnostic.

En rappelant les principaux caractères et les symptômes de la péritonite aiguë, nous éviterons les méprises. Ici se présentent une douleur abdominale augmentant par la plus légère pression, météorisme, concentration du pouls, hoquets, vomissemens, constipation, décubitus en supination. Quoique plusieurs de ces symptômes soient com-

muns à d'autres maladies, telles que l'entérite, la dysenterie, la colique métallique, la métrite, etc., celle qui pourrait être le plus aisément confondue avec la péritonite est, je pense, l'entérite; cependant elle en sera distinguée par la douleur abdominale, qui est moins vive, plus profonde, presque nulle à la pression; par la respiration, qui est plus libre, et la diarrhée qu'on observe dès le début.

Dans la dysenterie, il n'existe point de météorisme, pas de douleur à la pression; les déjections alvines sont sanguinolentes. Ces divers caractères suffisent, ce me semble, pour éviter toute erreur.

On distingue la péritonite de la colique de plomb, parce que dans cette dernière il n'y a jamais de fièvre, que la pression diminue les douleurs.

Il est plus difficile de reconnaître la métrite de la péritonite; néanmoins ses caractères propres la feront distinguer de cette maladie. Les douleurs auxquelles elle donne lieu ne se font guère sentir que dans l'hypogastre; la tension s'observe à la région suspubienne. La sensibilité de l'orifice de la matrice, son gonflement, sa dureté, empêcheront de confondre ces deux affections.

Prognostic.

Le prognostic de la péritonite est en général très-fâcheux, à cause de l'importance de l'organe affecté; il varie pourtant suivant l'intensité des symptômes, la marche plus ou moins rapide de la maladie, la prédisposition, les complications, les causes, etc. Quoique ordinairement la péritonite ne devienne mortelle qu'après le troisième ou le quatrième jour, si elle débute avec des symptômes graves, et qu'elle marche avec rapidité, elle est des plus fâcheuses, et peut amener la mort en quelques heures.

Chez les individus d'un tempérament sanguin, doués d'une sensibilité excessive, après un accouchement long, difficile, cette maladie ne peut qu'être très-grave. Occasionnée par des coups portés sur l'abdomen, par l'étranglement d'une hernie, par des épanchemens, elle

offre les plus grands dangers. La mort est presque toujours inévitable lorsque cette phlegmasie se déclare chez des individus déjà affaiblis par des maladies antérieures.

Un médecin prudent et habile doit toujours conserver quelque espoir de guérison, quelque grand que soit le péril qu'entraîne cette maladie; il emploiera les moyens débilitans les plus énergiques et les plus prompts; et si, vers le quatrième ou le cinquième jour, il observe un changement dans les douleurs et la tension abdominale, si les vomissemens et les hoquets cessent; si le pouls devient moins fréquent, la respiration plus libre, la peau moins chaude, il a tout lieu de compter sur la résolution et d'espérer une convalescence prochaine. Si, au contraire, tous les symptômes dont il a été question persistent avec la même violence, ou bien s'ils diminuent pour recommencer avec une force nouvelle, il doit redouter un épanchement ou le passage à l'état chronique.

Autopsie cadavérique.

Les différentes ouvertures que j'ai faites et celles que j'ai vu faire ont présenté des résultats variés que je vais rapporter d'une manière abrégée.

La première fut un individu qui mourut au troisième jour de la maladie : le péritoine fut trouvé avec quelques points rouges qui le pénétraient dans toute son épaisseur.

Chez un autre, mort le onzième jour, le péritoine était épaissi et manifestement rouge; mais la rougeur ne pénétrait pas et n'occupait pas toute l'étendue de cette membrane.

Dans nos dissections du mois de janvier 1827, mon ami le docteur *Panthin* et moi, nous eûmes l'occasion de faire l'ouverture d'une femme morte à la suite d'une péritonite survenue après l'accouchement. L'ayant examinée avec la plus scrupuleuse attention, nous trouvâmes des lambeaux albumineux concrétés en membranes plus ou moins épaisses et formés par des matières d'un blanc jaunâtre, semi-trans-

parentes, d'une consistance plus épaisse que celle du pus en quelques endroits, et dans d'autres ayant toute l'apparence de la couenne inflammatoire que l'on rencontre sur le sang. Cette matière, épanchée en forme de nappe sur toutes les parties enflammées du péritoine, agglutinait tous les viscères entr'eux.

Eugénie Focard, rue de l'Araignée, n°. 4, accouchée avec les fers, le 4 juillet 1827, par mon collègue le docteur *Cornette de Saint-Cyr* et moi, transportée à l'hospice Cochin le 11 et morte le 13, nous présenta un épanchement de sérosité contenant quelques flocons purulens et plusieurs concrétions membraniformes. La sérosité dans laquelle nageaient ces concrétions ressemblait beaucoup à du petit-lait non clarifié. C'est probablement cette similitude qui a fait tomber dans l'erreur tous ceux des médecins qui ont cru reconnaître du lait dans l'épanchement séro-purulent ou lactiforme de la péritonite des femmes en couches; mais l'identité du fluide prouve qu'on le rencontre également chez les hommes et chez les femmes; et l'analyse chimique démontre que ce que l'on a considéré comme du lait n'est autre chose que de l'albumine et du sérum dont l'aspect et la consistance varient selon l'intensité de l'inflammation.

Si la terminaison a lieu par l'hémorrhagie, il y a des caillots plus ou moins épais, étendus en forme de concrétions membraniformes sur toute la surface du péritoine, devenu rouge et épais : quelquefois on trouve du sang pur.

Si la terminaison a lieu par gangrène, la couleur du péritoine est livide, noirâtre, cette membrane se déchire avec facilité, elle est recouverte d'une matière grisâtre extrêmement fétide; d'autres fois les intestins sont parsemés d'escharres et perforés. J'ai eu occasion d'observer ce dernier cas tout récemment.

Moyens prophylactiques.

L'irritabilité, la susceptibilité de certaines femmes à percevoir les sensations sont connues; la facilité avec laquelle elles sont affectées par

les moindres impressions forcera donc d'éloigner de celles qui sont enceintes tout ce qui pourrait les émouvoir, et de chercher dans les moyens hygiéniques toutes les précautions et tous les soins que réclame leur état de grossesse. En conséquence, on leur recommandera d'éviter les vives affections morales, de prendre une nourriture de facile digestion, de se livrer à un exercice modéré, d'entretenir les diverses sécrétions et excrétions, d'user avec la plus grande modération des plaisirs de l'hyménée, d'éviter le froid et l'humidité des pieds, de ne point porter de corsets baleinés, etc.

Toute femme récemment accouchée habitera une chambre assez vaste, tenue proprement, dont la température ne sera ni trop chaude ni trop froide. On en fera ouvrir les portes ou fenêtres au moins deux ou trois fois par jour, afin d'en renouveler l'air; pendant ce temps on fermera les rideaux du lit ou de l'alcove, et on couvrira la femme. Comme celle-ci éprouve à chaque instant des besoins que la présence d'étrangers empêcherait de satisfaire, on ne laissera circuler autour d'elle que les personnes qu'elle affectionne et dont elle ne peut se dispenser.

Suivant le climat, la saison et les habitudes du pays, on devra varier les vêtemens de l'accouchée. On lui appliquera un bandage de corps légèrement serré pour soutenir les viscères qui ont été refoulés par l'utérus pendant la gestation, et suppléer en même temps au défaut de contraction des muscles de l'abdomen.

On ne permettra pendant les premiers jours que quelques bouillons, de légers potages au riz, au vermicelle, etc. Toute espèce de boisson stimulante, le vin chaud avec addition de cannelle et de sucre, malgré l'ancien usage, sera proscrit. L'allaitement étant un des plus sûrs moyens pour prévenir la péritonite puerpérale, on y engagera les femmes qui surtout auront eu un accouchement difficile; mais en Europe, et surtout en France, quelle qu'en soit la raison particulière, beaucoup de femmes ne peuvent pas ou ne se soucient pas de remplir un devoir aussi naturel. Elles doivent par conséquent être soumises à un régime sévère pendant la fièvre de lait; elles

ne prendront que des limonades, de l'eau d'orge, une légère infusion de tilleul édulcorée avec un sirop au goût de la malade, avec addition d'eau de fleurs d'orangers en petite quantité.

On sait qu'à l'île Maurice les médecins accoucheurs ne soumettent pas les femmes nouvellement accouchées à un régime sévère, en raison de ce que les dames créoles, mes compatriotes, ne voulant pas confier leurs enfans à une nourrice mercenaire, les allaitent elles-mêmes ; aussi la maladie qui nous occupe n'est-elle pas très-commune dans cette île.

Peu de temps après l'accouchement, et lorsqu'elle aura été changée de lit, on laissera la femme reposer tranquille, afin qu'elle puisse se livrer au sommeil. Elle ne quittera point son lit pendant une douzaine de jours et ce n'est même qu'après la cessation des lochies qu'elle pourra s'exposer au grand air, en ayant le soin de se couvrir la tête, la poitrine et les bras.

Les femmes en couches réclament, de la part du médecin, les plus grandes attentions, sous le rapport des sensations, des passions ou des mouvemens de l'âme.

Moyens curatifs.

La rapidité avec laquelle la péritonite parcourt ses périodes, l'importance des organes affectés, tous les symptômes alarmans qui la caractérisent, suffisent pour rendre compte et expliquer ses suites trop souvent funestes, et déterminer le médecin à employer les remèdes les plus énergiques dès le début de cette maladie.

Retarder et empêcher les symptômes inflammatoires est la première indication qui soit à remplir; à cet effet, tous les moyens antiphlogistiques, et spécialement les évacuations sanguines, tiennent le premier rang. Si l'on remarque chez un jeune sujet le pouls dur, rénitent, fréquent, la saignée sera impérieusement indiquée, on la fera de dix onces au moins. Quelquefois le pouls est si faible qu'il

semble contr'indiquer la saignée; mais il ne faut pas, chez un jeune malade, s'en laisser imposer par ce signe, qui n'est que l'effet de la douleur, en empêchant le développement du cœur. L'artère acquiert plus de volume après la sortie du sang. Dans d'autres circonstances, il me paraîtrait convenable de recourir de suite aux saignées locales, à moins d'une grande prostration des propriétés vitales. On donnera la préférence aux sangsues, comme étant moins douloureuses, d'une application plus facile et moins longue que les ventouses. On appliquera les sangsues sur l'abdomen, on en proportionnera la quantité à la force de l'individu. C'est ordinairement au nombre de trente à cinquante qu'on les emploie pour un sujet adulte. On aura de justes raisons pour les appliquer au pourtour de l'anus, si le sujet avait été hémorrhoïdaire. (Les effusions sanguines seront modifiées selon le climat).

Dès le début, on mettra le malade à la diète, on lui recommandera le silence et l'immobilité la plus absolue; on lui fera prendre souvent et en petite quantité à la fois des boissons mucilagineuses et délayantes, telles que la décoction de racine de guimauve, l'eau gommée, édulcorée avec un sirop simple ou légèrement acidulé; l'eau de veau, de poulet, le petit-lait, etc.

Si le malade peut le supporter, on appliquera sur l'abdomen des cataplasmes de farine de graines de lin, ou des flanelles imbibées dans la décoction de ces mêmes graines ou de racines de guimauve; on ordonnera des demi-lavemens de la même nature.

On reviendra aux sangsues, mais avec ménagement, si, après avoir été calmée par les moyens indiqués, l'inflammation se ranimait au bout de quelques heures.

Si tous les moyens employés pour arrêter les progrès de la péritonite étaient infructueux, et que les vomissemens persistassent, il faudrait administrer la potion antivomitive de *Rivière*, qui, dans ce cas, a presque toujours le plus grand succès. Lorsqu'on aura recours aux narcotiques, que ce soit à doses bien modérée; car ces médicamens,

dont la propriété est d'agir sur les systèmes nerveux et vasculaire, pourraient accroître l'irritation, déjà portée à un haut degré.

Pour combattre la constipation opiniâtre, on aura recours aux évacuans mucoso-sucrés ou aux huilleux, que l'on aura fait précéder des saignées afin de calmer la douleur.

Il est d'observation que dans la péritonite aiguë les bains tièdes exaspèrent la douleur, et qu'ils ne sont guère avantageux qu'après la modération des symptômes inflammatoires; ils seraient même beaucoup plus nuisibles qu'utiles, si, pour les prendre, il était besoin que le malade éxécutât des mouvemens susceptibles d'augmenter la douleur; mais en faisant préparer le bain près de son lit, il pourra, aidé des personnes qui le soignent, s'y mettre et y rester plus ou moins de temps, avec toutes les précautions nécessaires.

Je crois les vésicatoire et les sinapismes sur le ventre plus dangereux qu'utiles dans le cas de péritonite aiguë, en raison du surcroît de douleurs qu'il occasionnent, et de ce qu'ils font perdre le temps qui serait favorable à l'emploi des fomentations émollientes et sédatives; c'est tout au plus dans le cas de péritonite chronique qu'ils peuvent offrir quelque avantage.

Souvent, malgré l'emploi de tous ces moyens, la péritonite est suivie d'épanchement ou elle passe à l'état chronique. Quand la terminaison se fait par suppuration, il ne reste plus d'espoir; il faut s'en tenir aux analeptiques et aux amers; mais, je le répète, comme j'ai pratiqué une seule fois la paracenthèse, et avec un plein succès, je me crois autorisé, sauf meilleur avis, de la proposer lorsque tous les autres moyens auront échoué et que l'état du malade n'offrira plus aucune ressource.

Dans la terminaison par hydropisie, on a recours aux diurétiques; dans celle par hémorrhagie, aux saignées, aux boissons acidulées froides.

Le traitement est à peu près le même si la péritonite se trouve compliquée avec une autre phlegmasie; mais lorsqu'elle existe con-

jointement avec l'embarras gastrique, les moyens thérapeutiques varient.

Doublet, et *Doulcet* particulièrement, disent avoir eu des succès par l'emploi des vomitifs. Ce dernier faisait prendre l'ipécacuanha à la dose de douze à quinze grains en deux fois, à une heure de distance; il réitérait les jours suivans s'il n'y avait pas eu d'effet; mais, dans ce cas, la maladie n'avait-elle pas lieu par suite d'une affection de l'estomac? ou bien n'était-elle pas simulée par des symptômes gastriques que ce vomitif faisait entièrement cesser? Quelles que soient les circonstances qui aient pu favoriser la méthode de *Doulcet*, je crois qu'il serait bien difficile d'affirmer qu'elle n'a pas aggravé les vraies péritonites dans beaucoup de cas.

Les médecins sages et attentifs ont presque entièrement abandonné ce traitement. Comme eux, je ne le conseillerai que dans un petit nombre de cas, lorsqu'il existe, par exemple, un reflux de bile dans l'estomac, ou qu'il y a dans sa capacité un résidu de mauvaises digestions; car j'attribue l'augmentation des douleurs et l'accroissement de l'irritation à la contraction de l'organe et aux tiraillemens du péritoine au moment de vomir.

Les sangsues seront appliquées à l'hypogastre, aux parties génitales, à l'anus dans le cas de péritonite puerpérale; on fera des injections émollientes dans le vagin; on fera prendre de légers diaphorétiques, afin de favoriser les sueurs; on mettra en usage les moyens convenables pour exciter la sécrétion laiteuse, les succions répétées faites par un enfant ou des petits chiens sont les meilleures. Les ventouses sur les mamelles réussissent dans certaines circonstances.

Lorsque la malade est en convalescence, elle doit prendre les plus grands ménagemens. Sa nourriture sera de facile digestion; elle consistera en quelques bouillons légers, des potages clairs, des crêmes de riz; à mesure que l'estomac perdra de sa sensibilité, et que la convalescence ramenera les forces, on augmentera graduellement la quantité des alimens.

Nous croyons en avoir assez dit sur la péritonite aiguë, nous allons passer à l'examen de son état chronique.

De la péritonite chronique.

Toute inflammation violente du péritoine qui, ayant résisté au traitement, n'a pu se résoudre, sans cependant qu'elle fût assez forte pour produire la mort, peut être considérée comme susceptible de passer à l'état chronique. Les causes les plus ordinaires de la transmission d'une péritonite aiguë à la péritonite chronique sont les suivantes : tempérament lymphatique, une constitution affaiblie par quelques maladies antérieures, les écarts de régime, l'abus des purgatifs, des vomitifs, etc.

Le plus ordinairement, c'est du dixième au vingtième jour que se fait le changement ; alors, malgré la diminution des symptômes locaux et sympathiques, la phlegmasie passe rarement à la stagnation complète, et le plus souvent on ne tarde pas à voir paraître, nonobstant tous les moyens mis en usage, les signes avant-coureurs du terme fatal. L'abdomen est moins douloureux, moins ballonné ; on y sent une fluctuation marquée et de la rénitence. Les yeux deviennent ternes, s'enfoncent dans leur orbite ; le pouls petit, plus accéléré ; les vomissemens et les douleurs abdominales reparaissent avec violence, la diarrhée survient, le marasme marche à grands pas, et enfin la mort arrive.

Lorsque la péritonite chronique dégénère, comme je viens de le dire, après avoir été très-aiguë, son diagnostic est moins difficile que dans les cas où elle est indolente et presque insensible : je pense qu'il est peu de maladies qui offrent plus de difficultés, lorsqu'il s'agit de les reconnaître dès leur début, que cette nuance de la péritonite chronique appelée *latente*.

Causes prédisposantes et occasionnelles. Une constitution faible, délicate, ou altérée par des privations, des maladies antérieures, des

excès, des fatigues, le tempérament lymphatique. Il arrive souvent qu'on ne puisse pas, quoiqu'en remontant à son origine, découvrir une cause locale à la péritonite chronique ; néanmoins, tout en partageant l'opinion de l'auteur des phlegmasies chroniques, je pense qu'elle peut avoir lieu après les marches forcées, les efforts, les longues courses, l'équitation prolongée, les compressions, les chutes sur le ventre, la tuméfaction des ovaires, les kystes plus ou moins volumineux dans l'abdomen, la phlogose des autres membranes séreuses. Puisqu'on l'a très-souvent vue survenir à la suite de vomissemens répétés, on peut compter cette cause comme une des plus communes.

Symptômes locaux et sympathiques. A la première apparition des symptômes de la péritonite latente, les douleurs abdominales sont passagères, vagues, à peine sensibles, accompagnées de malaise ; de gêne dans la respiration, de toux sèche et par quintes éloignées, le ventre est légèrement ballonné, peu douloureux, à moins qu'on appuie fortement dessus : l'affection de l'organe est d'autant plus obscure qu'il n'existe pas de fièvre, que la digestion est bonne, et qu'il ne paraît aucune altération dans le teint.

A une époque plus avancée, la nuance est plus forte, la sensibilité abdominale est continue, moins frappante par la compression sur le milieu que depuis les flancs vers le centre. Le ballonnement est plus remarquable vers le soir ; la rénitence et la fluctuation augmentent graduellement ; la percussion est ordinairement douloureuse ; les secousses de la toux, de l'éternument, d'un faux pas, de l'équitation, augmentent les douleurs ; la position horizontale excite la dyspnée et la toux, en raison de l'épanchement ; le pouls est faible, peu fréquent, excepté au déclin du jour ; l'urine devient rare ; son émission est difficile ; la peau est froide, pâle, sèche ; enfin le marasme et l'œdématie des membres abdominaux sont d'autant plus marqués que la maladie a duré plus long-temps, et que le malade approche davantage du terme de la vie.

Marche et terminaisons. Assez souvent les diverses fonctions, telles que l'appétit, les digestions, etc., se conservent bonnes pendant plusieurs mois, plusieurs années; il n'y a ni fièvre, ni douleurs; le malade tombe peu à peu dans un état de marasme le plus complet, avec infiltration des membres abdominaux, et la mort survient. Mais le plus souvent la péritonite, exaspérée, soit par les progrès de la phlogose, soit par quelque cause irritante, devient tout à coup si aiguë, qu'elle prend tous les caractères de ce dernier mode d'irritation, et qu'elle se termine par une mort violente, ou par un collapsus qui précède de quelques jours seulement l'extinction de la vie.

Diagnostic. Dans le cas de péritonite chronique simple, les signes suivans suffisent pour la faire reconnaître : douleurs abdominales légères, mais continues; tuméfaction et rénitence dans la fluctuation du ventre; sensibilité augmentée par la pression, exercée surtout latéralement. Mais, dans le cas où elle est latente, tous les signes en sont tellement obscurs, qu'on ne peut tout au plus que la présumer; mais, dans la complication avec l'entérite et la dysenterie chronique, il convient, malgré tous les symptômes caractéristiques déjà indiqués, d'y apporter la plus grande attention, pour éviter toute méprise.

Prognostic. Dans cette nuance, la péritonite se termine presque constamment par la mort. On doit cependant conserver d'autant plus quelque espoir de guérison, qu'elle aura été plus promptement reconnue, et qu'elle sera moins compliquée.

Autopsies cadavériques. On trouve ordinairement l'épanchement de sérosité beaucoup plus abondant que dans l'état aigu; son odeur est plus nauséabonde; elle est moins claire, souvent sanguinolente, mêlée de flocons membraniformes flottant dans le liquide, après s'être détachés du péritoine, qui est épaissi, quelquefois noirâtre. Fréquemment les viscères sont intimement agglutinés et réunis les uns avec les autres par un tissu presque lamineux. Souvent la mem-

brane péritonéale est parsemée de petites tumeurs contenant une pulpe blanchâtre, albumineuse ; le volume des ganglions mésentériques est aussi augmenté ; ils sont tuberculeux. L'épiploon gastro-colique est aggloméré sur la grande courbure de l'estomac ; enfin, le tissu cellulaire qui se trouve entre les replis du péritoine est presque lardacé ; il est épaissi.

Traitement. La péritonite chronique est le plus souvent funeste ; je crois cependant qu'il est possible de sauver encore quelques personnes attaquées de cette maladie, lorsqu'on aura été appelé de bonne heure ; mais comme, jusqu'à la dernière extrémité, le médecin doit supposer son malade guérissable, il doit toujours se tracer un plan de conduite invariable, quelle que soit l'époque de la maladie à laquelle il aura été consulté. Si la maladie dépend de la prolongation de l'état aigu, et que le malade soit encore fort, on doit sans crainte avoir recours aux saignées locales pour combattre les douleurs abdominales ; si le sujet est faible, on se bornera aux boissons délayantes, aux fomentations émollientes, aux frictions huileuses et mercurielles.

Dans la constipation, on emploiera les lavemens, les doux laxatifs. Un large vésicatoire sur l'abdomen, à l'intérieur des cuisses, est encore un moyen de révulsion à employer, en associant, pour en seconder l'effet, le repos absolu, un régime qui, tout en nourrissant, ne fatigue point l'estomac.

Si la maladie existe sans fièvre et qu'elle soit indolente, la conduite à tenir est à peu près la même ; on peut cependant stimuler la peau par des frictions, des vésicatoires volans, employer les légers sudorifiques, les diurétiques. Dans le boursoufflement du ventre, lorsque la fluctuation est évidente, on fera des frictions avec la teinture de scille, de digitale, de cantharides ; enfin, lorsque l'accumulation du fluide est considérable, je pense qu'il conviendrait alors de recourir à la paracenthèse, opération qui, dans plusieurs circonstances, a été suivie de succès, principalement lorsqu'on la pratique de bonne heure.

Dans le cas où l'on parviendrait à remédier à l'épanchement, à détruire la douleur, on recommandera au convalescent de se préserver du froid, d'éviter les fatigues, l'influence des passions, de vivre de régime, et d'éviter toutes les substances irritantes dans les alimens comme dans les boissons habituelles; en un mot, il a de grandes précautions à prendre pendant un certain laps de temps.

Je suis loin de considérer ce travail comme perfectionné : j'y ai, je crois, inséré tout ce qu'il y a de plus essentiel, et n'ai pas eu la prétention de faire une bonne monographie, mais seulement la volonté de satisfaire à une obligation imposée; aussi j'ose espérer que mes juges proportionneront leur indulgence à l'obscurité du sujet. Mon but sera rempli si je puis du moins mériter leur suffrage.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5

II.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

III.

Acuti morbi in quatuordecim diebus judicantur. *Ibid.*, *aph.* 37.

IV.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 33.

V.

A dolore diuturno partium circa ventrem suppuratio, malum. *Sect.* 7, *aph.* 22.

VI.

A sanguinis fluxu delirium, aut etiam convulsio, malum. *Ibid.*, *aph.* 9.

VII.

Si in ventrem sanguis effusio fuerit præter naturam, necesse est suppurari. *Sect.* 6, *aph.* 20.